



Reconocimiento Notificación de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia de *las Prácticas de Privacidad* de VUMC. Entiendo que VUMC tiene el derecho a cambiar *las Prácticas de Privacidad* de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con VUMC en cualquier momento para obtener una copia de la *Notificación* más reciente de las *Prácticas Privadas*.

La Póliza de Cancelación de las Citas

Es la póliza de nuestras clínicas en Gallatin, Lafayette, Station Camp y White House que Usted cancele cualquier cita a la que no puede asistir.

- Para las citas de enfermedad, hay que cancelar con una (1) hora de anticipación.
- Para los físicos, hay que cancelar con dos (2) horas de anticipación.

Cualquier cita que no sea cancelada de acuerdo con esta póliza será considerada un "No Show" – lo cual significa que Usted falló presentarse a su cita. Las consecuencias de esto son:

- 1^{ra} La primera cita a la que no llegue recibirá una carta y una copia de esta póliza firmada por Usted.
- 2^{da} La segunda cita a la que no llegue, recibirá una carta que explica que una tercera cita faltada resultará en "disengagement," que significa que ya no volveremos a ver a sus niños/as en ninguna de las 7 clínicas de VIP.
- 3^{ra} La tercera cita a la que no llegue resultará en "disengagement" por lo cual Usted tendrá que buscar otro doctor.

Esta póliza es necesaria para proveer la mejor calidad de cuidados médicos a todos nuestros pacientes. Por cada cita no cancelada son uno o dos niños enfermos que no pueden ser vistos por el médico. Por favor lea con mucho cuidado esta póliza y esté al tanto que es aplicada estrictamente.

Administrador de Beneficios de Farmacia

Para proveer el mejor cuidado médico a nuestros pacientes, pedimos su permiso para acceder los beneficios de farmacia que provee su compañía de seguro médico. Esto permitirá a nuestros proveedores recetar medicamentos que sean cubiertos por sus seguros y también a verificar que ningún medicamento que sea recetado interactúe con medicamentos recetados en el pasado.

Al firmar debajo, yo reconozco que he recibido y que entiendo la *Notificación de Prácticas de Privacidad* y la *Póliza de Cancelación de las Citas* de VIPMS. También autorizo que VIP MidSouth, LLC pueda acceder mi elegibilidad de farmacia para sacar el formulario y recibir el historial de mis medicamentos.

Firma de padre o madre

Fecha de Hoy